

COMENTARIOS REFERENTES AL GLAUCOMA (*)

Dr. H. ARRUGA
Académico Numerario

Al recibir la indicación de que reglamentariamente me correspondía el discurso inaugural del presente curso, reflexioné repetidos ratos hasta optar por el tema «comentarios referentes al glaucoma» por varios motivos que creo justifican la elección.

El primero y más importante es la conveniencia de que sean divulgadas las características de la evolución del glaucoma, especialmente en sus comienzos. El glaucoma está tan diseminado que es una de las dolencias que más abunda en las clínicas oftalmológicas y la ceguera por glaucoma alcanza un 15 a 20 por ciento en los países civilizados. Dada la cantidad de pacientes que lo sufren podemos considerar el glaucoma como un problema social.

Los oculistas estamos de acuerdo en que dos o tres por ciento de las personas de más de cuarenta años de edad tienen glaucoma sin que lo se-

pan. En tal condición es beneficioso intervenir médicamente normalizando la tensión ocular. Es muy conveniente que sea del dominio público la posibilidad de normalizar la tensión ocular, explicando que, si bien el glaucoma tiene casos raros de evolución maligna, son muchos más los casos de evolución benigna especialmente si se siguen los consejos del facultativo.

La presión intraocular se mantiene normalmente dentro de un margen controlado. Son múltiples y variables las condiciones en que se aumenta la tensión ocular, es decir en que se produce el glaucoma. Es mejor reservar la denominación de glaucoma para las formas llamadas primitivas. Las otras formas, en que la causa de la hipertensión ocular se encuentra en otra enfermedad del ojo no debieran incluirse entre los verdaderos glaucomas. En la forma más frecuente de glaucoma la ten-

(*) Discurso, preceptivo, leído en la Sesión Inaugural del Curso: 25 enero 1970.

sión tiene generalmente poca intensidad especialmente al principio: es el glaucoma crónico simple. Afortunadamente menos frecuente es el glaucoma agudo, con tensión de intensidad grande que se presenta con dolores y disminución de la visión. El glaucoma crónico congestivo puede considerarse como una forma de transición entre el agudo y el crónico.

En oftalmología tenemos la posibilidad de obtener con el tonómetro un «control» muy eficiente de la hipertensión ocular. Este control permite, en los casos dudosos o, en el período inicial o de «pre-glaucoma», establecer el diagnóstico con seguridad y, en los casos de glaucoma secundario, controlar la evolución y la influencia del factor tensión en el curso de la dolencia.

En casos dudosos es conveniente tomar la tensión ocular cada 4 horas durante 16 a 18 horas pues se dan casos en que la hipertensión se manifiesta unas pocas horas solamente o incluso, sin ser las tensiones francamente altas, unas oscilaciones excesivas pueden bastar para diagnosticar un glaucoma.

Pero dada la frecuencia con que se presentan dudas respecto al diagnóstico, se han ideado una serie de *pruebas de provocación*, como las mediciones repetidas de la tensión, cada 15 minutos tras la ingestión de un litro de agua o de tisana ligera, tras la instilación de una gota de colirio de homatropina, tras la permanencia prolongada en la completa os-

curidad y otras. En los enfermos con glaucoma inicial las pruebas de provocación determinan elevaciones de tensión de 8 a 10 mm. de mercurio que ponen en evidencia el déficit del mecanismo de regulación de la tensión intraocular.

GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

Es la forma más frecuente de glaucoma. Generalmente se inicia solapadamente y es justamente en su comienzo que tiene importancia diagnosticarlo por lo cual conviene que sean del dominio público los síntomas que facilitan el diagnóstico precoz.

Frecuentemente la hipertensión ocular se traduce por una sensación de niebla que acusa el paciente de forma pasajera. En el glaucoma incipiente se produce a veces la visión de irisaciones alrededor de los focos luminosos de luz artificial, que desaparecen al bajar la tensión con la instilación de mióticos o la disminución de un medicamento hipotensor.

Al mismo tiempo, sin llegar a producirse dolor, el paciente tiene una sensación de pesadez; a veces es un lagrimeo el síntoma que da la señal de hipertensión.

Un síntoma importante en el glaucoma lo constituyen las alteraciones del campo visual. Si el paciente no es buen observador puede no darse cuenta de los escotomas y retracciones del campo visual de su ojo en-

fermo. Las reducciones del campo visual se manifiestan preferentemente en el sector nasal. Se da el caso de que el campo visual llega a ser tan reducido que el paciente sólo ve como si mirara por un tubo: puede leer y conservar la visión central pero no ve por los lados. A veces el escotoma puede ser pequeño pero de notoria gravedad por afectar al polo posterior del ojo, en la región macular o en su vecindad. Es de la mayor importancia precisar la zona ciega con la mayor exactitud posible pues la comparación de los resultados obtenidos en exámenes sucesivos tiene gran valor.

Como en general al principio sólo se afecta la visión periférica el glaucoma crónico simple puede pasar desapercibido para el paciente, pues la agudeza visual sólo se altera en los últimos períodos de la enfermedad.

Otro hecho que conviene que el público conozca es la semejanza de los síntomas del glaucoma crónico simple con las cataratas incipientes. Tanto en una como en otra afección la pérdida de visión es lenta, progresiva e indolora. Cuando un paciente tiene glaucoma crónico y cataratas es el primero el que causa el mayor daño, porque si bien la visión perdida por las cataratas es recuperable mediante su extracción la visión que se perdió por el glaucoma no se recupera. A veces el período de esperar hasta que maduran unas cataratas es largo, pudiendo transcurrir meses y hasta años y puede darse el caso de que

cuando el paciente acude al oculista para ser operado de sus cataratas se encuentre con la sorpresa de que una gran parte de la visión perdida no sea recuperable por ser debida a un glaucoma que pasó ignorado. Otro motivo de desconocimiento de un glaucoma puede ser un examen incompleto con motivo de una prescripción de lentes. Si se prescriben lentes para corregir una presbicia, de momento el paciente está satisfecho porque experimenta una gran mejora visual con las gafas, pero al cabo de unas semanas o meses notará que no ve tan bien con los lentes, habiéndose perdido un tiempo precioso para la evitación de la pérdida de la visión.

El glaucoma crónico simple puede muchas veces dominarse con el tratamiento medicamentoso. Cuando la tensión ocular es dominada por los mióticos y estos son bien tolerados el tratamiento médico puede ser el único necesario. El miótico clásico es la pilocarpina pues es el que más se usa; no son raros los casos de pacientes que usan diariamente la pilocarpina desde hace diez, quince o más años con buena tolerancia. Otros pacientes responden mejor a otros mióticos, solos o asociados: eserina, prostigmina, mintacol, carbamilcolina, tosmilen, glaucostat, etcétera. A veces se producen intolerancias que no se deben al miótico en sí sino a dolores por espasmo ciliar, que impiden el uso de cualquier miótico. En algunos casos la asociación de adrenalínicos (fenilefrina) es-

tá indicada, pero siempre controlando con frecuencia la tensión ocular. Al mismo tiempo pueden ser muy eficaces los inhibidores de la anhidrasa carbónica.

Es muy importante el conocimiento de la hipertensión ocular producida por el uso o abuso de corticosteroides. No está claro si aquélla aparece sólo en sujetos preglaucosmáticos. Aunque se produce pocas veces no deja de tener en ocasiones caracteres de suma gravedad. En general se presenta después de tratamientos intensos o prolongados. Es importante que todo paciente que necesite estos tratamientos sea sometido a controles frecuentes de su tensión ocular.

La gran variedad de tipos clínicos de glaucoma crónico abarca desde el caso en que los mióticos permiten dominar la situación durante años, hasta el caso que sigue un curso en que los fármacos y las operaciones son ineficaces (glaucoma absoluto).

Cuando el diagnóstico de glaucoma está bien establecido y el tratamiento medicamentoso es incapaz de dominar la hipertensión o si sólo se logra dominar de manera inconstante, está indicado el tratamiento quirúrgico. En el glaucoma crónico congestivo es necesario casi siempre operar.

Indicada la intervención se plantea la elección de la técnica antihipertensiva que se va a utilizar: es del caso aplicar la experiencia a la conducta a seguir.

Las operaciones empleadas para el

glaucoma crónico consisten en su mayoría en facilitar la comunicación entre la cámara anterior y el espacio supracoroideo.

En el glaucoma absoluto, doloroso, puede intentarse la conservación del globo mediante la radioterapia, la inyección retrobulbar de alcohol.

GLAUCOMA AGUDO

Casi siempre el ataque de glaucoma agudo sobreviene en casos en los que existía hipertensión, a veces ignorada por el paciente.

Si el aumento de tensión es muy intenso, al dolor ocular y de cabeza se asocia un síntoma que puede despistar: los vómitos. Cuando el diagnóstico está fuera de duda se impone una cura urgente hipotensora con mióticos. Como que se trata de glaucoma de ángulo estrecho no conviene usar los hipotensores a base de adrenalina. Están indicados los inhibidores de la anhidrasa carbónica (Diamox) por vía oral; si los vómitos lo impiden se administrará por vía endovenosa. También es útil contra el glaucoma agudo la urea gota a gota intravenosa. Asimismo puede lograrse una baja rápida de presión con la administración oral de glicerina: ésta no debe usarse en diabéticos.

Cuando por estos medios se ha logrado bajar la tensión ocular hay que asegurar el mantenimiento de la tensión baja mediante una medicación miótica, teniendo además pre-

sente el cuidado del ojo congénere, aunque presente tensión normal. No es raro encontrar una hipertensión en el ojo congénere que había pasado desapercibida y puede producirse en él y un ataque motivado por el trauma psíquico.

Si la tensión no puede ser controlada con los mióticos hay que recurrir a la cirugía. En el glaucoma agudo la operación de elección es la iridectomía.

A veces el glaucoma agudo reviste una forma muy grave que se revela rebelde a la medicación y a las operaciones: es el glaucoma maligno.

Una forma especial de glaucoma es:

EL GLAUCOMA INFANTIL (BUFTALMIA)

El glaucoma congénito tiene características peculiares que lo diferencian de las otras formas. La principal característica es la distensión de la pared ocular debido a que en los primeros meses de vida es blanda y, análogamente a lo que ocurre en la hidrocefalia, el globo ocular aumenta de volumen; la córnea se opacifica si no se controla la tensión pronto.

En casos de hipertensión moderada puede intentarse el tratamiento con mióticos. Como tratamiento quirúrgico se considera por la mayoría la goniotomía de Barkan (aper-

tura del ángulo de filtración) como el tratamiento de elección; otros prefieren la iridencleisis o la diatermia ciliar.

Para terminar haré hincapié en unos conceptos respecto al glaucoma que es conveniente divulgar:

La necesidad de medir la tensión ocular y eventualmente explorar el campo visual en todo sujeto sospechoso de hipertensión ya sea por cefalalgia, visión nublada, a veces coloreada semejante al arco iris o cualquier enturbiamiento de la visión aunque sea pasajero. En principio en todo sujeto de más de cuarenta años es prudente medir la tensión, puesto que en sus comienzos el glaucoma puede evolucionar sin sintomatología subjetiva.

Cuando se tiene la certeza del diagnóstico de glaucoma hay que establecer el tratamiento pertinente y hay que continuar vigilando la tensión ocular incluso en los casos que se consideren curados. Esta vigilancia debe durar toda la vida.

En la mayoría de los casos descubriendo el glaucoma a tiempo y tratándolo adecuadamente se pueden evitar sus secuelas visuales: el glaucoma pues debe investigarse y tratarse precozmente, y tal como hemos ya indicado dada su frecuencia podemos considerarlo como un problema social.